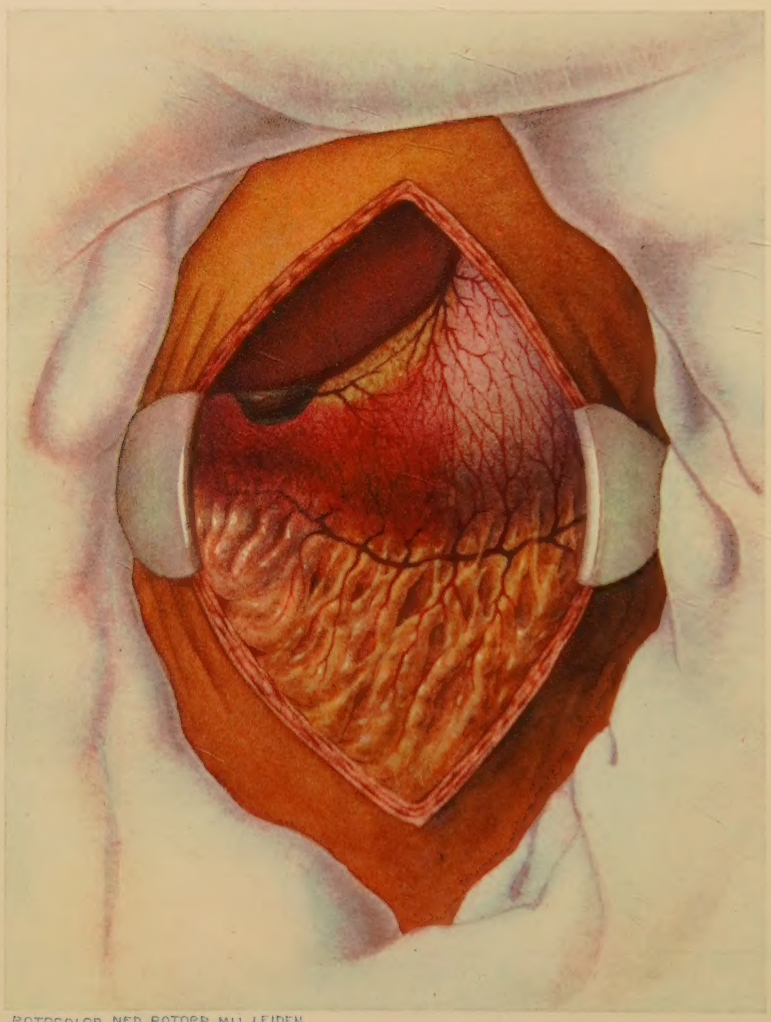
OVER DE ROODE MAAG

Lane Medical Library

J. VAN WOERDEN

OVER DE ROODE MAAG



ROTOCOLOR NED. ROTOGR. MIJ. LEIDEN.

OVER DE ROODE MAAG

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS DR. R. C. BOER, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE, IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 29 JANUARI 1924, DES NAMIDDAGS TE 4½ UUR, IN DE AULA DER UNIVERSITEIT

DOOR

JAN VAN WOERDEN

ARTS

GEBOREN TE ARNHEM

A. W. SIJTHOFF'S UITGEVERSMAATSCHAPPIJ — LEIDEN

MCMXXIV

Aan mijn Vader
Aan mijne aanstaande Vrouw

Bij het voltooien van mijn proefschrit is het mij een aangename plicht U, Hoogleeraren der Medische en Natuurkundige Faculteiten, mijn welgemeenden dank te betuigen voor het onderwijs, dat ik van U heb mogen ontvangen.

Bovenal ben ik U dankbaar, Hooggeleerde Lanz, *Hooggeachte Promotor, voor de groote bereidwilligheid, waarmede gij mij bij de bewerking van mijn dissertatie hebt geleid en gesteund.*

Zeer in het bijzonder voel ik mij gedrongen mijn erkentelijkheid uit te spreken jegens U, Zeergeleerde Schoemaker, *voor het vele, dat ik van U leerde en voor de wijze, waarop gij mij tot chirurg hebt opgeleid en mij tot het bewerken van dit proefschrift hebt aangezet. Uw buitengewone energie, uw opgewekte geest waren mij gedurende de jaren van mijn assistentschap een dagelijksch voorbeeld. Het vertrouwen, dat gij mij gedurende dien tijd hebt geschonken, zal ik steeds op hoogen prijs stellen.*

Doctoren van het Haagsche Gemeente-Ziekenhuis en allen, die tot mijn vorming hebben bijgedragen, ik betuig U mijn oprechten dank.

Assistenten, onze vriendschappelijke omgang zal mij altijd een aangename herinnering blijven.

Ten slotte zeg ik allen, die mij op eenige wijze bij de voorbereiding van dit proefschrift behulpzaam waren, van harte dank.

INHOUD

Bladz.

Inleiding 1

HOOFDSTUK I

Anamnese 8
Klinisch onderzoek 11
Diagnose. 13
Operatie. 15
Pathologische Anatomie 20
Resultaten na operaties. 20
Therapie 22

HOOFDSTUK II

Enkele vragen 24

HOOFDSTUK III

Ziektegeschiedenissen 32
Stellingen.

INLEIDING.

Nog slechts korten tijd geleden meende men de diagnose „ulcus ventriculi" met zekerheid te kunnen stellen, wanneer de anamnese, het chemisch maagonderzoek, het vinden van occult bloed in de faeces, een typisch pijnpunt in de bovenbuik, duidelijk in de richting van een maagzweer wezen. Het doorlichten van de maag met Röntgenstralen heeft ons een groote schrede vooruitgebracht, maar een even belangrijke stap tot het stellen van een zuivere diagnose was gezet toen er meer en meer bij ulcus ventriculi operatief werd ingegrepen. Want al mag een internist nog zoo overtuigd zijn in een bepaald geval van de juistheid van zijn diagnose, en al kan de Röntgenoloog soms bijna in millimeters nauwkeurig den afstand aangeven, waarop de zweer, van den pylorus verwijderd, zal zitten, pas bij open buik zal de chirurg ons met eigen oogen kunnen laten zien, waar het vermoedde ulcus zich bevindt. Dat de chirurgie hier dus de diagnostiek een heel eind vooruit heeft geholpen, zal wel niemand van de internisten, die gewoon zijn de operaties, bij hun patiënten verricht, bij te wonen, willen ontkennen of betwijfelen. De contrôle over zijn diagnose bij open buik is wel de meest leerzame onderzoekmethode, want hoe dikwijls toch wordt datgene, wat vóór het beginnen der narcose slechts

waarschijnlijk genoemd mag worden, plotseling bij het openen van het peritoneum tot een stellige zekerheid. Een open buik kan zijn als een open boek; helaas, dat dit weer niet altijd het geval is en zich ook nog bij open buik groote moeilijkheden kunnen voordoen, die naar een nadere oplossing vragen.

Wat toch kan het geval zijn?

Tal van chirurgen hebben bij hun laparotomieën in de bovenste buikhelft ervaren -- wanneer de anamnese en het klinisch onderzoek het bestaan van een ulcus ventriculi of duodeni waarschijnlijk maakten — dat noch het een noch het ander zich voordeed, hoe zorgvuldig ook maag en duodenum, ook aan de bereikbare achtervlakte, werden afgezocht. Waren er in de anamnese chronische maagbezwaren aanwezig, dan werd een gastro-enterostomie verricht, in de hoop, dat het onzichtbare doch waarschijnlijk toch wel aanwezige ulcus mocht genezen. Inderdaad, men zou geneigd zijn te zeggen — mirabile dictu — heeft een gastro-enterostomie, onder deze omstandigheden verricht, wel eens goede resultaten opgeleverd, doch vele chirurgen hebben den buik onverrichter zake gesloten, daar zij bij andere dergelijke gevallen geen genoegen van een gastro-enterostomie beleefden en de betrokken patiënten weer naar hun behandelenden medicus verwezen, als zijnde interne gevallen. Men zal met mij overtuigd zijn, dat, waar de chirurgie van de maag ons diagnostisch kennen heeft toegespitst en onze therapie uitermate heeft verbeterd, het in de eerste plaats ook de chirurg moet zijn, die moet trachten over deze „duistere"

ulcusgevallen eenig licht te verspreiden. Als huisarts en patient, beiden de interne behandeling moede, op een chirurgisch ingrijpen alle hoop richten, en de operateur opent en sluit alleen den buik en dirigeert den patient terug naar zijn medicus, dan is de circulus vitiosus gesloten, het aantal ontevredenen met één persoon vermeerderd niet alleen, maar het vertrouwen van den medicus in de chirurgie raakt bovendien ernstig geschokt en dit moet in het belang van den patient zooveel mogelijk voorkomen worden. Als het verlangde ulcus dus niet aanwezig is, moet de buik verder worden nagezocht, dat spreekt, maar toch nooit de mogelijkheid uit het oog worden verloren, dat iets anders aan de maag zichtbaar kan zijn, dat de chronische maagklachten van den patient zou kunnen verklaren, waarop men dan zoo mogelijk een chirurgische therapie kan instellen.

In het Haagsche Gemeente-Ziekenhuis nu heeft het ons in dergelijke „duistere" gevallen van ulcus ventriculi dikwijls getroffen, dat, direct na het openen van het peritoneum, het antrum pyloricum een opvallende *roodheid* vertoonde, die we voortaan met den naam van „roode maag" zullen bestempelen.

Dat er in onze kliniek door *Schoemaker* reeds langen tijd aandacht aan dit verschijnsel is geschonken, bewijst wel het operatieverslag van Ziektegeschiedenis no. 1, dateerend van 5 Nov. 1910, waaruit blijkt, dat, behalve *roodheid van het antrum pyloricum* en enkele adhaesies, de maag normaal kon worden genoemd. (Er werd een gastro-enterostomie aangelegd; na de operatie bleven de maagklachten dezelfde.)

Als één der eersten, die over de roode maag heeft geschreven en getracht heeft een verklaring voor dit verschijnsel te vinden, moet *von Hacker* genoemd worden. Hij sprak in een dergelijk geval met voorliefde over „flammige Rötung des Magens" en meende, dat deze roodheid, gepaard gaande met perigastrische vergroeiïngen een uiting van ontsteking was en dat de oorzaak van deze roodheid steeds gezocht moest worden in kleine slijmvlieserosies of puntvormige ulcera, die echter dikwijls, bij open maaglumen, slechts met groote moeite konden worden aangetoond — niettegenstaande ze aanleiding konden geven tot de meest heftige bloedingen — ja zelfs in niet al te zeldzame gevallen aan het vorschend oog van den patholoog-anatoom ten eenenmale konden ontsnappen [1]) Jarenlang heeft men zich met deze verklaring van ***von Hacker*** tevredengesteld en menige maag, van erosies verdacht, werd geopend, haar slijmvlies bekeken, de maagwand doorgelicht, verdachte plekjes overhecht, terwijl tot slot dan meestal een gastro-enterostomie daarbij werd aangesloten. Eenigszins ontmoedigd door het weinige, dat men bij open maag meestal vond, werd later alleen een gastro-enterostomie aangelegd, doch de resultaten waren allerminst bevredigend.

In den allerlaatsten tijd zijn de opvattingen over de roode maag echter geheel gewijzigd en werd dit verschijnsel in een heel ander daglicht gesteld door *Moynihan*, die in een artikel in de Medical Record

---

1) Bier, Braun, Kümmell Chirurgische Operationslehre. Leipzig 1920, Band III, blz. 226.

van 29 Mei 1921 in het kort het volgende over de roode maag heeft medegedeeld.

Moynihan zegt daar onder meer:

„If, for example, a patient has had a type of dyspepsia, which has led to a diagnosis of gastric ulcer and an operation is performed, the stomach may show no scar, nor can any examination, however careful, display the ulcer whose presence was predicted. If, however, the stomach is closely inspected before it is handled, the following conditions may be seen: the pyloric part of the stomach is decidedly redder than natural — there is a „pyloric blush". That part of the stomach is soon observed to contract eagerly and vigorously; sometimes the spasm is so severe and so prolonged that there may be a suspicion of a tumor, but by degrees the spasm relaxes and the parts become supple again. The spasm may be irregular, now at one part, now at another, now slow and deliberate, now fugitive. Along the greater curvature the glands are enlarged. When these three conditions are seen the prophecy may be confidently made that the stomach is healthy and that the appendix (or one of its neighbours in the alimentary canal) is diseased. In such cases gastro-enterostomy has often be performed, sometimes, it is curious to note, with benefit, but as a rule with disastrous effects. It has been my lot to perform a secondary operation upon many such patients, and to remove a badly diseased appendix or to resect a tuberculous intestine and perhaps to undo the anastomosis which should never have been made. — The stomach is an organ full of sympathy

for other sufferers. Hardly any of the viscera connected with the intestine, or the bowel itself, can be affected without the stomach playing its part in the disturbance also. This it does by pouring out an excess of secretion and by tumultuous and irregular activities. It speaks so loudly that its voice only is heard. Its tears of sympathy are spoken of as hyperchlorhydria."

Kortom, in slecht Hollandsch is volgens *Moynihan* de roode maag een symptoom van een ontsteking ergens anders in den buik en dikwijls vond hij in een dergelijk geval een appendicitis, soms een ileocoecale tuberculose of ook wel gezwollen ileocoecale lymphklieren als teeken van ontsteking in dit gebied.

In het vervolg van dit proefschrift zal nu een poging worden gewaagd na te gaan — mede aan de hand van 45 ziektegeschiedenissen — in hoeverre zijn opvattingen juist zijn, en daar, waar de kritiek het hoofd opsteekt, getracht worden een herziening van zijn inzichten voor te bereiden.

Na een stelselmatig doorzoeken van de ziektegeschiedenissen van alle in onze kliniek geopereerde maagpatiënten van 1910 af hield ik er 45 over, waarin in het operatieverslag over roodheid van het antrum pyloricum wordt gesproken. Deze patienten kwamen allen — uitgezonderd een enkele, bij wie aan de waarschijnlijkheid een roode maag te zullen aantreffen zeer sterk werd gedacht — ter operatie wegens de vermoedelijke diagnose ulcus ventriculi of duodeni.

Achtereenvolgens wil ik nu nagaan welke anamnestische gegevens en klinische symptomen zich bij hen voordeden, welke de uitkomsten waren van klinisch

en Röntgenologisch onderzoek, om daarna mee te deelen, wat er gevonden werd bij operatie, voorts wat het pathologisch-anatomisch onderzoek heeft opgeleverd, welke de resultaten waren met de verschillende operaties, die bij roode magen werden verricht, en welke therapeutische maatregelen kunnen worden getroffen. Ten slotte wil ik trachten eenige vragen, met betrekking tot de roode maag bij mij gerezen, te beantwoorden.

HOOFDSTUK I.

Anamnese.

Er bestaat geen anamnestisch gegeven, dat ik voor de roode maag typisch zou durven noemen, laat staan pathognomonisch.

Doch op een enkele uitzondering na waren alle patiënten het er over eens, dat ***nervositeit*** een zeer belangrijke factor was, en dat nerveuze stoornissen bijna altijd de symptomen, anders dikwijls maanden lang latent, weer deden opflikkeren en verergeren. Toch was dit niet altijd het geval, en hierbij denk ik aan een patiente, die mij spontaan een anamnese meedeelde — zonder eenig „hereinexaminieren" van mijn kant — welke als een boek sprak voor een ulcus duodeni, bij wie van nerveuze stoornissen geen sprake was en waar toch bij de operatie slechts van een roode maag kon worden gesproken.

(Anamnese van ziektegeschiedenis no. 33:
Al sinds maanden heeft patiente maagklachten. Ze heeft last van maagpijn, soms erg hevig, meestal ongeveer 4 uur na 't middageten optredend. Braken deed ze zelden, wel is ze misselijk, heeft vooral last van zuuroprispingen en ructus. Als ze dan gaat rusten, gaat de pijn meestal over. Den laatsten tijd ook 's nachts pijn, soms treedt de pijn op bij

leege maag. De laatste paar weken gebruikte ze pap; de bezwaren waren toen minder. Zwaar eten, als groene erwten, kool en andijvie kan ze slecht verdragen. Vroeger had ze wel eens wat maagpijn, doch nooit zoo hevig als de laatste paar maanden. Ze heeft nooit bloed gebraakt, ze weet niet of de ontlasting wel eens zwart zag. Ze zweet 's nachts soms veel. Er zijn geen mictiebezwaren, de defaecatie is steeds zeer traag, de menstruatie regelmatig).

Er is hoegenaamd geen enkel anamnestisch gegeven op te noemen van het ulcus ventriculi en ulcus duodeni, hetwelk ook niet eens een keer bij een roode maag werd aangetroffen. Kortom, alle ulcussymptomen, zoowel het braken van groote hoeveelheden maaginhoud tegelijkertijd, zoo typisch voor een pylorusstenose, alsook de hongerpijn, zoo ongaarne in de anamnese van een patient met ulcus duodeni gemist, werden gevonden, ja zelfs haematemesis deed zich o.a. bij twee nog jeugdige patienten (ziektegeschiedenis no. 34 en 39) voor, bij wie de operateur ook slechts van een roode maag mocht spreken.

Een symptoom, dat bijna nooit gemist werd, is de *maagpijn*, en dat wel in al zijn variaties. Soms vond ik aangegeven, dat de pijn zeer kort na 't eten optrad, terwijl zwaar voedsel slecht werd verdragen (ziektegeschiedenis no. 18) dan weer trad de pijn zonder eenige regelmaat, onafhankelijk van het eten op (ziektegeschiedenis no. 21). Sommigen klaagden vooral 's nachts over pijn (ziektegeschiedenis no. 41), terwijl ze overdag weinig of geen last hadden, bij anderen trad de pijn regelmatig één of anderhalf uur na den

hoofdmaaltijd op (ziektegeschiedenis no. 24), weer anderen hadden een pijnlijk bandgevoel soms dagen achtereen (ziektegeschiedenis no. 36). Hongerpijn werd slechts zelden aangetroffen (ziektegeschiedenis no. 1 en 33).

De pijn werd het meest in het epigastrium gelocaliseerd, bij sommigen in het linker, bij anderen in het rechter hypochondrium aangegeven. Neiging ergens anders naar toe uit te stralen vertoonde de maagpijn bijna nooit, behalve in een geval van cholelithiasis, waarbij de pijn, in aanvallen optredend, naar rug en rechter schouder uitstraalde, en waarbij behalve een chronisch ontstoken galblaas een typische roode maag werd aangetroffen (ziektegeschiedenis no. 30). De indruk, dat de pijn wel eens heel hevig kon zijn, werd zelden bij me gewekt. Warmte en het drinken van warme melk hadden dikwijls, doch vooral rust vrijwel zonder uitzondering, een goeden invloed op de pijn.

In mindere mate wordt over *braken* geklaagd. Een gevoel van misselijkheid, neiging tot braken, last van het „hartwater", daar blijft het meestal bij, doch zooals boven al werd gezegd, één patient braakte groote hoeveelheden voedsel tegelijkertijd, terwijl een ander zelfs een haematemesis doormaakte.

Zuuroprispingen worden, indien al niet zoo constant voorkomend als maagpijn, toch frequent aangegeven. Eenige malen werd meegedeeld, dat zwaar eten, vooral kool, boonen en dergelijke slecht werd verdragen, doch ook meer dan eens kan elke soort voedsel met smaak worden genuttigd; ook laat in de meeste geval-

len de eetlust weinig te wenschen over, behalve in perioden van pijn, waarin sommigen bang waren iets te gebruiken, uit angst, dat de pijn dan weer zou vererger en.

Al heeft de anamnese van een patient met roode maag niets typisch, toch is opgevallen, dat de ulcussymptomen, die bij haar optreden, meestal een eigenaardige wisseling zoowel in hevigheid, duur als frequentie vertoonen en bijna steeds sterk onder den invloed van nerveuze omstandigheden staan.

Klinisch onderzoek.

Bijna regelmatig verkeerden onze patienten in een goeden voedingstoestand, slechts enkele malen was deze matig, en in één geval bestond behalve anaemie een duidelijke vermagering en gewichtsverlies (ziektegeschiedenis no. 35). Een leeftijdsgrens kan niet worden aangegeven ; onze jongste patient was 16 jaar, de oudste 59, terwijl de leeftijd van de meesten schommelt tusschen 25 en 35 jaar. Voorkeur voor één der beide sexen bestond er niet ; van onze 45 gevallen waren er 25 van het vrouwelijk en 20 van het mannelijk geslacht.

In het grootste aantal der gevallen werd *pijn* aangegeven *bij druk* in het epigastrium, meestal midden tusschen scrobiculum cordis en navel. Slechts zelden werd òf alleen in het linker òf alleen in het rechter hypochondrium pijn bij druk gevonden, terwijl even zelden het punt van Mc Burney drukgevoelig was. (Zie achterstaand lijstje).

Drukpijnlijkheid aangegeven in het:

1. *Epigastrium*:
   Ziektegeschiedenis no. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 31, 33 en 38 (beide laatste ook op Mc Burney).

2. *Linker hypochondrium*:
   Ziektegeschiedenis no. 22 en 34.

3. *Rechter hypochondrium*:
   Ziektegeschiedenis no. 2, 16
   29 (ook op Mc Burney),
   30 (ook in het epigastrium),
   32 (ook op Mc Burney).

Het *chemisch onderzoek* van den inhoud van de maag na proefontbijt leverde het volgende op. De zoutzuuraciditeit schommelde tusschen de waarden 4 en 56, in evenveel gevallen werd een verhoogde als een normale zuurgraad van zoutzuur gevonden; een zeer lage zuurgraad evenwel is zeldzaam. De totale aciditeit was meestal ± 70; als hoogste waarde werd 107 gevonden, als laagste 20. In 't laatste geval was de zoutzuuraciditeit 4 en werd bovendien melkzuur aangetoond. Van een duidelijke hyperaciditeit kan dus niet worden gesproken. Hyperchloorhydrie bestond eveneens slechts in de helft der gevallen, terwijl bij de andere helft normale zoutzuurwaarden werden gevonden. Anaciditeit werd niet éénmaal aangetroffen.

Wat betreft het onderzoek naar occult *bloed in de faeces* zij opgemerkt, dat in drie vierden der gevallen de

reacties op sanguis negatief uitvielen, terwijl in één vierde deel bloed kon worden aangetoond. Hierbij werd voornamelijk gebruik gemaakt van de benzidine-reactie.

Röntgenonderzoek :

Bij doorlichting werd zoowel normale, versnelde als verlangzaamde peristaltiek aangetroffen. Af en toe traden zeer sterke contracties op, doch was dit allerminst als regelmaat te herkennen. Bijna zonder uitzondering toonde de foto een normale maag zonder insnoering of eenige andere afwijking. Opmerkelijk was, dat na 6 uur in meer dan de helft der gevallen eenige retentie van de bariumpap werd gevonden. In één geval werd na zes uur zelfs $^1/_3$ deel der contrastmaaltijd nog in de maag aangetroffen (ziektegeschiedenis no. 34).

Retentie na 6 *uur*:

Ziektegeschiedenis no. 6, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 23, 25, 29, 31, 34 en 38.

Geen 6-*uur rest*:

Ziektegeschiedenis no. 1, 4, 15, 19, 20, 21, 26, 27 en 33.

Hierbij moge worden opgemerkt, dat retentie en zuurgraad volstrekt geen parallelle lijnen vertoonen, daar sterke retentie met lagen zuurgraad afwisselde met geringe retentie en hyperaciditeit.

Als vanzelf doet zich nu de vraag voor: is het mogelijk de *diagnose* roode maag te stellen, alvorens deze

bij laparotomie blijkt juist te zijn? De waarschijnlijkheidsdiagnose althans zeer zeker. Wanneer de anamnese het typische verhaal van een maag- of duodenumzweer aangeeft en de Röntgenfoto ons het ulcus als 't ware voor oogen toovert, zal wel niemand aarzelen een ulcus ventriculi of duodeni aan te nemen. Doch wanneer de anamnese op sommige punten hapert, er een bepaalde grilligheid is in het optreden der symptomen, de patient erg onder invloed is van nerveuze omstandigheden en bovendien het Röntgenonderzoek geen positief resultaat oplevert, moet men zeer sterk met de mogelijkheid van een roode maag rekening houden, ook al heeft de patient op een rust- en dieetkuur gedurende zes weken onvoldoende gereageerd. Ik heb de vaste overtuiging dat vele patienten maanden en maanden lang voor een ulcus ventriculi door hun huismedicus worden behandeld — ja zelfs door maagspecialisten — terwijl anatomisch geen ulcus doch slechts roodheid van de maag aanwezig is en hun maagbezwaren veroorzaakt. Dat dit niet zoo maar een bewering is heeft de proeflaparotomie bij meerdere patienten, langeren tijd voor maagzweer behandeld, duidelijk bewezen.

(Als voorbeeld moge hier dienen Ziektegeschiedenis no. 1: Pat. B., politieagent, wordt opgenomen voor operatie op advies van den maagspecialist, bij wien de diagnose ulcus ventriculi, zooals hij schrijft, vast staat. Sedert 1½ jaar heeft hij maagklachten, vooral maagpijn, zuuroprispingen en braken van groote hoeveelheden „hartwater". De pijn draagt een knagend karakter, zetelt voornamelijk in het epigastrium, is het hevigst

bij leege maag en vermindert na het gebruik van voedsel. Het epigastrium is pijnlijk bij druk, in de faeces geen occult bloed, zuurwaarden na proefontbijt 18 en 65. Negen maanden geleden werd hij behandeld met een rust- en diëetkuur gedurende 6 weken, waardoor verbetering intrad. Nadat hij weer gedurende een week zijn gewone werk had verricht, kwam hij in den nachtdienst, waarop de maagbezwaren opnieuw optraden en langzamerhand verergerden. Daarop weer rust en interne behandeling. Weer trad verbetering in, doch, weer aan 't werk, begonnen de bezwaren opnieuw, eerst in den nachtdienst, later overdag. Bij operatie werd geen ulcus gevonden, het antrum pyloricum was typisch rood. Een gastro-enterostomie, toentertijd de gebruikelijke operatie, werd verricht, doch een goede maand later heeft patient weer dezelfde bezwaren als vroeger).

Wat wordt nu bij *operatie* gevonden, als geen ulcus aanwezig is, maar wanneer we van een *roode maag* spreken? Zoodra het peritoneum is geopend en de ingewanden naar buiten worden gedrongen, valt op, dat het pylorisch gedeelte van de maag een mooie roze-roode kleur vertoont. Niet alleen de fijne vaatjes zijn wat meer opgespoten dan normaal, maar het heele maagoppervlak van het antrum pyloricum is fraai rood, door *Moynihan* zoo gaarne „the pyloric blush" genoemd. Men achte er wel op, dat men dit verschijnsel moet opmerken, zoodra de buik is geopend, want, zooals men weet, gaat ieder gedeelte van het maagdarmkanaal, wanneer dit eenigen tijd aan de lucht is blootgesteld en

vooral wanneer er eenigermate aan geplukt en getrokken is, eenigszins van kleur veranderen en een rooder tint aannemen. Deze roodheid kan scherp aan den pylorus eindigen, gaat echter dikwijls op het duodenum over, ja de kleur wordt daar somtijds meer intensief. Cardiaalwaarts eindigt ze vrij scherp, de cardia vertoont deze roodheid nooit en ook het corpus ventriculi is bij een roode maag niet van kleur veranderd. Soms ziet men de roodheid zich voortzetten op het aangrenzend colon transversum, een enkele maal kon zelfs van een roode bedekkende membraan worden gesproken, die spinnewebachtig van af het antrum pyloricum, over duodenum en colon transversum was uitgesponnen. Als voorbeeld voor een dergelijke groote uitbreiding van deze roodheid diene het operatieverslag van Ziektegeschiedenis no. 15:

(Snede in het epigastrium. De maag is groot, ligt laag. Het antrum pyloricum ziet rood, welke roodheid op het duodenum veel sterker wordt, zoodat dit laatste door een zeer roode membraan is bedekt. Deze membraan zet zich voort op het colon transversum en heeft het colon tegen het duodenum gefixeerd. Een ulcus wordt nergens gevoeld. De pylorus is wat nauw, niet verhard, de galblaas is normaal. De appendix wordt opgezocht; deze is aan de punt wat rood, wordt verwijderd. Geen membraan op het colon ascendens. De membraan op het duodenum wordt gekliefd en daardoor het duodenum zooveel mogelijk vrijgemaakt. Buik gesloten.)

Wanneer we nu nog eens nalezen, wat *Moynihan* over de roode maag schreef, dan valt ons op, dat hij

een soort trias van symptomen in een dergelijk geval aantreft. Behalve namelijk de beschreven roodheid van het antrum pyloricum zag hij, daarmee gepaard gaande, een gezwollen zijn van de klieren langs de curvatura maior en meer of minder duidelijk zichtbare contracties van het pylorisch gedeelte van de maag. Deze trias nu was slechts in 3 van onze 45 gevallen duidelijk uitgesproken (Ziektegeschiedenis no 28, 37 en 38), waar namelijk een stijf gecontraheerde pylorus samenging met roodheid van het antrum en gezwollen klieren langs de groote maagbocht. In 8 gevallen ging de roodheid met een nauwe pylorus gepaard (Ziektegeschiedenis no. 15, 16, 17, 20, 22, 32, 40 en 45), bij alle andere gevallen was slechts roodheid van het antrum pyloricum aanwezig.

In de inleiding is reeds medegedeeld, dat *Moynihan* in een dergelijk geval meerdere malen een zieke appendix kon verwijderen en in ieder geval van roode maag de oorzaak meent te moeten zoeken in een ontstekingsproces ergens in de ileo-coecaalstreek.

In 16 gevallen van de 45, waarbij een roode maag werd gevonden en de appendix werd verwijderd, werd door ons bij mikroscopisch pathologisch onderzoek 4 maal een appendicitis chronica obliterans gevonden (Ziektegeschiedenis no. 15, 20, 35 en 37), terwijl bij dezelfde 45 patienten 4 maal een cholecystitis chronica werd gediagnostiseerd (Ziektegeschiedenis no. 29, 30, 40 en 44) en 8 maal adhaesies van de galblaas met het duodenum werden vastgesteld (Ziektegeschiedenis no. 7, 9, 21, 23, 27, 33, 38 en 39).

Bij één patient met roode maag bij wien de galblaas

in een stadium van chronische ontsteking verkeerde, werd 4 jaar geleden een zieke appendix verwijderd (Ziektegeschiedenis no. 30). Interessant is ook het operatieverslag van een patiente, bij wie de diagnose wankelde tusschen appendicitis, cholecystitis chronica of roode maag en bij wie een ontstoken appendix werd verwijderd, toen gebleken was, dat aan maag en galblaas geen afwijkingen waren te vinden.

Operatieverslag pat. B. 4 Jan. '22: Snede door rechter rectus. Er zijn vergroeiïngen tusschen het net en het peritoneum parietale. Het coecum is geïnfiltreerd, de appendix gezwollen, wordt verwijderd. Er is geen roode maag, de galblaas is normaal. Vergroeiingen losgemaakt, buik gesloten.

Waarom de combinatie van een chronische cholecystitis met roode maag gaarne gezien wordt en de maag bij een ulcus ventriculi deze typische roodheid zelden vertoont, is een raadsel, waarvan de oplossing niet eenvoudig kan geacht worden. Levendig staat me voor den geest een geval van maagperforatie, 3 uur na het begin van optreden geopereerd, waarbij een fraai klein ulcus op 2 vingerbreedten van den pylorus af in de maag werd aangetroffen, dat in de vrije buikholte was geperforeerd en waarbij het antrum pyloricum niet de minste roodheid vertoonde.

Regelmatig werd in onze kliniek aan deze bijzonderheid onze aandacht gewijd en meer en meer won de overtuiging veld, dat de roode maag niet een hier of daar verdekt opgesteld ulcus verraadt en bovendien, dat bij een ulcus ventriculi of duodeni geen roode maag

behoort. Dat ook hier echter de uitzonderingen den regel bevestigen leert ons het operatieverslag van Ziektegeschiedenis no. 38: Snede in het epigastrium. De maag is normaal van grootte, het antrum pyloricum is rood, het duodenum is door een roode membraan bedekt. De galblaas ligt gefixeerd aan het duodenum, wordt losgemaakt. Er zijn vrij veel klieren langs de groote curvatuur. Aan de kleine curvatuur is ongeveer 5 cm. van den pylorus af een verharding te voelen. Geen adhaesies aan den achterkant. De pylorusring voelt vrij nauw, gecontraheerd, vast aan. Resectie van het antrum pyloricum volgens Billroth I. De appendix is eenigszins lang, geknikt en gefixeerd, vertoont geen teekenen van ontsteking, wordt verwijderd. Buik gesloten. Bij het openknippen van het gereseceerde stuk maag blijkt, dat er aan de genoemde harde plek een ulcus pepticum aanwezig is.

Is een roode maag dus een geheel andere aandoening dan een ulcus ventriculi en moeten we geval no. 38 beschouwen als een coïncidentie der beide afwijkingen òf moeten we de roode maag als een voorstadium van het ulcus aanzien ? Ik neig meer tot de eerste opvatting en wel:

1°. omdat het toch wel zeer verwonderlijk is, dat dikwijls bij lijders aan een roode maag, die jaren lang klachten hadden, er zich geen ulcus heeft ontwikkeld en we dus zouden moeten aannemen, dat zij nog steeds in het voorstadium verkeeren en

2°. omdat het gedwongen lijkt aan te nemen, dat de typische roodheid gaat verdwijnen, wanneer een ulcus is ontstaan.

Als vanzelf komen we nu tot het *pathologisch-anatomisch onderzoek*, want door 17 resecties, van roode magen verricht, zijn we in staat hierover eenige mededeelingen te doen. In alle mikroscopische praeparaten werden de bloedvaten wijd gevonden en sterk met bloed gevuld. Het slijmvlies was steeds gaaf, het epitheel ongeschonden. In geen enkel geval werd een spoor van ontsteking aangetroffen.

De geëxstirpeerde klieren (gezwollen en gelegen aan de curvatura maior) waren bloedrijk, vertoonden eveneens geen ontstekingsverschijnselen. Hoogstens was er een geringe katharrh van de lymphsinus met desquamatie van het endotheel, doch geen leucocyten infiltratie, dus geen ontsteking. Pathologisch-anatomisch gesproken is de roode maag dus slechts een hyperaemie, optredend in alle lagen.

Welke zijn nu de *resultaten* met de verschillende *operaties*, bij roode magen verricht, bereikt?

Om hiervan een betrouwbaren indruk te verkrijgen heb ik moeite gedaan de 45 patienten, op verschillende wijzen geopereerd, aan een na-onderzoek te onderwerpen. Van de 45 heb ik helaas slechts 26 patienten teruggezien, meerderen waren reeds overleden of door verhuizing niet meer te bereiken.

Hiervan werd het kleinste gedeelte, namelijk 12 gevallen, geopereerd volgens de *resectie-methode van Billroth I.* Acht hunner zijn geheel vrij van klachten. Dit aantal is echter geflatteerd te noemen, als men bedenkt, dat hierbij gerangschikt zijn 2 patienten, die bovendien aan een ulcus ventriculi leden (Ziektege-

schiedenis no. 38 en 45) en een derde, die eerst na 4 maanden lang gebruik van thyreoïdtabletten van zijn maagbezwaren bevrijd werd. De andere 4 kregen reeds korten tijd na de operatie hun maagklachten terug. Nog minder betrouwbaar en zeker in strijd met de algemeene ervaring zijn de resultaten verkregen bij die patienten, welke een *gastro-enterostomie* ondergingen. Van dezen zag ik er slechts 3 terug, van wie er 2 hun maagbezwaren te boven waren.

Hemisphincterectomie werd 2 maal verricht, bij den een met goed resultaat, bij den ander met een negatieven uitslag. Merkwaardig, dat juist bij dit laatste geval ook de appendix werd weggenomen, dewelke, pathologisch-anatomisch onderzocht, chronisch ontstoken bleek te zijn. Sinds eenige maanden behandel ik patient nu met thyreoïdtabletten, waardoor zijn klachten duidelijk zijn verminderd, om weer te verergeren zoodra deze therapie wordt gestaakt. Een kleine pylorusresectie werd éénmaal verricht, alsook de resectie volgens Billroth II. De eerste patient verbeterde, de tweede bleef maaglijder. Appendectomie zonder meer werd 5 maal verricht; tweemaal was de appendix ook pathologisch-anatomisch chronisch ontstoken. Alle 5 patienten hielden echter hun maagklachten. Cholecystectomie werd tweemaal uitgevoerd. Bij een van beiden werd bovendien een, pathologisch-anatomisch onderzochte, normale appendix verwijderd. Beide galblazen waren chronisch ontstoken en beide patienten zijn nu zonder klachten.

Therapie.

Zoo rijst dan de vraag, wat men bij iemand moet doen, bij wien een proeflaparotomie wordt verricht, omdat het bestaan van een ulcus wordt vermoed en bij wien „slechts" een roode maag wordt aangetroffen.

Mijn antwoord luidt: vertoont de appendix duidelijke teekenen van ontsteking, verwijder dan dit orgaan en heb hoop, dat de patient van zijn klachten is bevrijd ; is de galblaas chronisch ontstoken of bevat zij steenen, doe een cholecystectomie en wees tevreden. Is echter aan geen dezer beide organen iets abnormaals te ontdekken, vindt men bij een dergelijken patient niets dan de typische roode maag, dan mag slechts hij, die zeer ervaren is in de maagchirurgie een resectie van dit orgaan verrichten, wanneer de patient reeds langen tijd maaglijdend is, en hij doe dit dan het liefste volgens de methode van Billroth I, daar de anatomische verhoudingen door haar het minst worden aangerand. In de hand van een goed buikchirurg is deze resectie lang niet zoo ingrijpend als ze op het eerste gezicht wel schijnt. Bij ons werd 17 maal resectie gedaan wegens roode maag volgens de methode Billroth I; hierbij genazen alle patienten en ± 50 % is tot nu toe vrij van klachten.

Vindt men geen chronisch ontstoken appendix of galblaas en wil men geen resectie doen, dan is een gastroenterostomie af te raden; een hemisphincterectomie of de operatie volgens Finney kan nog worden overwogen, vooral wanneer er pylorospasmus of retentie aanwezig is. Het beste doet men echter misschien in

zoo'n geval den buik weer onverrichter zake te sluiten, voorloopig een diëet voor te schrijven en de sympathico-hypotonie (zie vraag 5) te bestrijden door het toedienen van thyreoïd. Men trooste zich, dat de proeflaparotomie niet voor niets is geweest; want de zekerheid te hebben verkregen, dat bij een chronischen maaglijder geen ulcus aanwezig is en door de proeflaparotomie in staat gesteld te worden een therapie in te stellen, die resultaat kán hebben, valt toch ook zeker niet te versmaden.

HOOFDSTUK II.

Enkele vragen:

1. Is er bij een roode maag altijd een ontstekingsproces ergens anders in den buik ?

Zooals we gezien hebben is ***Moynihan*** van meening, dat er achter de roode maag een ontstekingshaard schuilt op een andere plaats en dat vrijwel uitsluitend in de ileocoecaalstreek. Meestal vindt hij aan de appendix teekenen van ontsteking, dikwijls ook een ileocoecale tuberculose, of ook lymphklierpaketten in een stadium van chronische ontsteking verkeerend.

Elders werd reeds medegedeeld, dat in 16 gevallen van de 45, waarbij een roode maag werd aangetroffen en de appendix voor mikroscopisch onderzoek werd verwijderd, er 4 maal een appendicitis chronica obliterans kon worden aangetoond. Bovendien werd bij dezelfde 45 patienten 4 maal een chronisch ontstoken galblaas gevonden en er werden 8 maal adhaesies van de galblaas met het duodenum vastgesteld. Veronderstellen we, dat van de overige 29 gevallen, waarin de appendix niet werd onderzocht, dezelfde verhoudingen gelden als in de wel onderzochte 16, dan wordt gemiddeld bij roode maag ongeveer even vaak een chronisch ontstoken galblaas als appendix gezien. Dan echter houden we toch nog

altijd de helft gevallen over, waarbij geen ontstekingshaard werd aangetroffen, zoodat we dus bovenstaande vraag als volgt meenen te moeten beantwoorden In strijd met de opvatting van *Moynihan* is de ontstekingshaard — indien al over een haard mag worden gesproken — lang niet altijd de appendix of hare omgeving, want ook de galblaas is evenzoovele malen ziek, maar bovendien werd in de helft onzer gevallen geen ontstekingsproces ergens anders in den buik gevonden.

2. Veroorzaakt een appendicitis een roode maag?

Deze vraag is nog moeilijker te beantwoorden, want hoe zelden toch is men in de gelegenheid, wanneer een zieke appendix moet worden verwijderd, ook maar een gedeelte van de maag in het gezichtsveld te krijgen.

Braithwaite, een leerling van *Moynihan,* beschreef een paar maanden geleden in een artikel in The British Journal of Surgery een geval, dat klinisch een acute appendicitis geleek en als zoodanig werd geopereerd. De appendix was geïnjiceerd doch overigens normaal. Het volgende merkwaardige feit deed zich echter voor. De ileocoecaalklieren waren gitzwart en een keten van deze zwarte klieren kon worden vervolgd tot het duodenum toe. Eveneens waren twee klieren aan de groote curvatuur van de maag, 2 vingerbreedten van den pylorus verwijderd, zwart gekleurd. Het pathologisch-anatomisch onderzoek leerde het volgende: het proximale derde gedeelte van de mucosa van de appendix was sterk gepigmenteerd. Microscopisch werd veel pigment gevonden tusschen de klierbuisjes en langs de kleine vaatjes. Pigmentophoopingen werden aangetroffen in

de periferie van de lymph follikels. Volgens de meening van den patholoog-anatoom was het depot van pigment in de klieren te zoeken in het lumen van de appendix. In dit geval werd roodheid van het antrum pylori-cum gevonden gepaard met pylorospasmus. *Braith-waite* concludeert nu hieruit, dat er via de lymphebanen voor het pigment gelegenheid is geweest de maag te bereiken en meent, dat als de pylorus van de appendix uit voor pigment bereikbaar blijkt te zijn, een of andere infectie vanuit de ileocoecaalstreek hetzelfde resultaat moet kunnen hebben. In een reeks van zeer fraaie proeven, gedaan op katten, kadavers en ten slotte ook bij menschen gedurende een laparotomie, gelukte het hem door injectie van de ileocoecale klieren met indigo-carmijn-oplossing een keten van door dit vocht blauw gekleurde klieren te verkrijgen langs het colon ascen-dens tot aan het duodenum. Het mooiste resultaat werd verkregen door het onderste gedeelte van het omentum in een gaas, in indigo-carmijn-oplossing gedrenkt, in te pakken. Na verloop van één tot ander-half uur waren in enkele gevallen de klieren langs de groote curvatuur blauw gekleurd. Niettegenstaande herhaalde pogingen zag hij de blauwe verkleuring zich nooit vanuit deze klieren over den maagwand heen verspreiden.

Als dit met kleurstof kan gebeuren, dan moet geïn-fecteerde lymphe hetzelfde kunnen bewerken, aldus redeneert *Braithwaite.*

Hoe kan nu, aangenomen, dat het pylorisch gedeelte van de maag van tijd tot tijd gebaad wordt in een golf van geïnfecteerde lymphe, hoe kan nu het ontstaan van

een ulcus ventriculi worden verklaard? Wel, het eerste effect op de maag zal zijn: roodheid, hypersecretie en pylorospasmus (de appendix-dyspepsie van *Moynihan*); later ontstaan multipele maagerosies, die soms de oorzaak kunnen zijn van haematemesis. Het meerendeel van deze erosies geneest gedurende een tijdelijken stilstand in de golf van de geïnfecteerde lymphe, maar één of meerdere blijven achter om zich tot een ulcus ventriculi te ontwikkelen.

Volgens zijn onderstelling, dat ten gevolge van geïnfecteerde lymphe de „pyloric blush" zou ontstaan, moet deze dus een ontstekingsroodheid zijn en, zooals boven werd gezegd, door resecties, van roode magen verricht, zijn we in staat deze onderstelling ten stelligste te weerleggen, daar bij nauwkeurig pathologisch-anatomisch onderzoek uitsluitend slechts hyperaemie, zoowel in maagwand als klieren werd gevonden. Het blijft dus de vraag of een appendicitis een roode maag kan veroorzaken. Het geval van appendicitis (zie blz. 18), waarbij de diagnose tusschen appendicitis, chronische cholecystitis en roode maag schommelde, leerde ons althans dat daarbij geen roodheid van het antrum pyloricum was opgetreden.

3. Is bij een roode maag steeds de trias van *Moynihan*: roodheid van het antrum pyloricum, pylorospasmus en vergroote klieren aanwezig, en hoe worden deze drie verschijnselen samengerijmd?

Slechts in drie gevallen van onze serie werden deze 3 verschijnselen te samen aangetroffen (Ziektegeschiedenis no. 28, 37 en 38), in enkele operatieverslagen

wordt met nadruk melding gemaakt dat geen gezwollen klieren te vinden zijn (Ziektegeschiedenis no. 36), terwijl in de oudere gevallen over dit verschijnsel gezwegen wordt. Toegegeven moet worden, dat pas in de laatste twee jaren onze aandacht meer aan het tegelijkertijd gezwollen zijn der klieren langs de groote maagbocht werd gewijd en ik ben er van overtuigd, dat er meer dan 3 onder onze 45 gevallen geweest zullen zijn, die dit symptoom vertoonden. Ten eerste omdat iemand, die er steeds op ingesteld is hierop te letten, zeer zeker vaker gezwollen klieren zal zien dan een ander, wiens aandacht hierop niet is geconcentreerd en ten tweede kunnen de gezwollen klieren in het vet van het omentum zoo verdekt zijn opgesteld, dat pas een rustig en nauwkeurig onderzoek ze aan het licht zal brengen. *Moynihan* zelf geeft toe, dat hij ook meerdere malen een roode maag zag zonder de beide andere verschijnselen, te weten pylorospasmus en klierzwellingen.

Volgens zijn opvatting, dat de roode maag een ontstekingsproces is, („which is caused by a lymphangitis spreading to the stomach from other parts") kan men zich de roodheid en de vergroote klieren als uitingen van dat proces denken en de pylorospasmus een gevolg van den prikkel door de ontsteking veroorzaakt. Deze verklaring is echter onjuist, daar pathologisch-anatomisch onderzoek der gereseceerde magen ons leerde, dat nooit een ontsteking aanwezig was, doch steeds slechts hyperaemie van alle lagen van den maagwand.

4. Kan een roode maag bloeden?

Zeer zeker, want niet alleen werd tweemaal bij patien-

ten, die een haematemesis doormaakten, bij operatie slechts een roode maag aangetroffen, doch ook in verschillende gevallen werd herhaaldelijk occult bloed in de faeces aangetoond, terwijl de klinische verschijnselen een maaglijden waarschijnlijk maakten en bij de operatie ook alleen maar een roode maag werd gevonden. In dit verband denk ik als vanzelf aan die doodelijk verloopende maagbloedingen, waarbij de patholoog-anatoom niet alleen geen ulcus maar zelfs geen erosie van het maagslijmvlies vermocht te ontdekken.

5. Is een roode maag het voorstadium van een ulcus ventriculi?

Zooals vroeger reeds werd gezegd is de voorstelling als zou een roode maag steeds het voorstadium zijn van een ulcus ventriculi of duodeni niet goed vol te houden en wel:

1°. omdat het gedwongen lijkt aan te nemen, dat de typische roodheid zou gaan verdwijnen, wanneer er een ulcus is ontstaan, en

2°. omdat het verwonderlijk is, dat dikwijls bij lijders aan een roode maag, die jaren lang klachten hadden, zich geen ulcus heeft ontwikkeld, en we dus zouden moeten aannemen, dat zij nog steeds in het voorstadium verkeerden.

Dat er echter een zeker verband tusschen beide afwijkingen denkbaar is, wil mij niet geheel onwaarschijnlijk voorkomen:

omdat de klinische verschijnselen van een roode maag bijna volkomen die van een ulcus kunnen na-

bootsen, en omdat we juist in dat gedeelte van de maag, hetwelk de typische roodheid vertoont, (het antrum pylorium) zoo gaarne een ulcus aantreffen.

Over de pathogenese van het ulcus ventriculi zijn de meeningen nog altijd zeer verdeeld. De neurogene theorie (*vagotonie* van *Eppinger* en *Hess*) over het ontstaan van het ulcus ventriculi telt nog steeds vele aanhangers. *Bolten* acht het juister een insufficientie van den buiksympathicus aan te nemen en spreekt van een *sympathico-hypotonie*. Wat hier van zij, deze theorie staat lijnrecht tegenover de meening van *Moynihan* c.s., die een *infectie* ergens in den buik, bij voorkeur een appendicitis, als de primaire oorzaak beschouwt. Als gevolg daarvan ontstaat volgens hem de roode maag, waarin zich erosies kunnen vormen, die òf weer genezen òf zich tot ulcera kunnen ontwikkelen. Elders werd reeds medegedeeld, dat aan de opvatting als zou de roode maag een direct gevolg zijn van een appendicitis, op grond van patholoog-anatomisch onderzoek, met recht ernstig moet worden getwijfeld en het wil mij voorkomen, dat de verklaring van deze maaghyperaemie gezocht moet worden in een insufficientie van den buiksympathicus, want zooals bekend is, sympathicusvezels regelen de vulling der bloedvaten. Ik ben dan ook geneigd die gevallen van onze serie, waarbij slechts een roode maag en geen pylorospasmus of gezwollen klieren werden gevonden, afhankelijk te stellen van een sympathico-hypotonie.

Is eenmaal deze insufficientie van den sympathicus blijvend aanwezig, dan is de bodem gelegd, waarop zich een ulcus ventriculi kan gaan ontwikkelen. Hier-

toe zijn wellicht chronisch inwerkende, mechanische, thermische of chemische prikkels voldoende en zoo kan ik mij voorstellen, dat ook door een intercurrente gastritis, cholecystitis of appendicitis een dusdanige toxische prikkel inwerkt, dat niet alleen de klieren hyperaemisch gaan worden, maar ook het antrum pyloricum spastische contracties gaat vertoonen. Leiden deze krampen weer tot een locale ischaemie, waardoor slijmvlies-erosies kunnen ontstaan, dan zorgt het HCl-pepsine voor de rest en een ulcus ventriculi zal zich kunnen ontwikkelen.

Dat dit echter de gewone gang van zaken zou zijn, dat zich n.l. in een roode maag een ulcus ventriculi ontwikkelt, is allerminst waarschijnlijk, want slechts in 2 gevallen van onze 45 werd behalve de roodheid een ulcus gevonden en bovendien wordt de typische roodheid bij een ulcus ventriculi slechts zelden gezien. Voorloopig kan dus de opvatting, dat de roode maag een afwijking is, die het gevolg moet zijn van een zekere insufficientie van den sympathicus, geloofwaardig geacht worden.

HOOFDSTUK III.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN.

N°. 1. Patient B., politieagent, 27 jaar, wordt opgenomen 1 November 1910 voor operatie op advies van den maagspecialist, bij wien de diagnose ulcus ventriculi, zooals hij schrijft, vaststaat. Sedert 1½ jaar heeft hij maagklachten, vooral maagpijn, zuuroprispingen en braken van groote hoeveelheden „hartwater". De pijn draagt een knagend karakter, zetelt voornamelijk in het epigastrium, is het hevigst bij leege maag en vermindert na het gebruik van voedsel. Negen maanden geleden werd hij behandeld met een rust- en diëet-kuur gedurende 6 weken, waardoor verbetering intrad. Nadat hij weer gedurende een week zijn gewone werk had verricht, kwam hij in den nachtdienst, waarop de maagbezwaren opnieuw optraden en langzamerhand verergerden. Daarop weer rust en interne behandeling. Opnieuw trad verbetering in, doch weer aan het werk, begonnen de bezwaren opnieuw, eerst in den nachtdienst, later overdag eveneens.

Status praesens: Weinig vermagerde, niet anaemische man. Het epigastrium is pijnlijk bij druk, in de faeces geen occult bloed, zuurwaarden van den maaginhoud na proefontbijt 18 en 65.

5 Nov. 1910 *Operatie*: Snede in het epigastrium. Er is geen ulcus te vinden, maar er is roodheid van het antrum pyloricum en er zijn enkele adhaesies. Gastro-enterostomia retrocolica posterior aangelegd. Een maand na de operatie heeft patient dezelfde klachten als te voren.

N°. 2. Patient B., 32 jaar, opgenomen 11 Mei '10. Wordt door zijn medicus gestuurd wegens appendicitis. Heeft sinds 3 jaar pijn in de zij, in den beginne weinig, wordt den laatsten tijd erger. Hij heeft eenige uren na het eten pijn in de maagstreek. Braakt nooit, eet goed. Enkelen keer last van 't zuur. Ontlasting traag, merkt, dat zijn klachten verergeren, als hij het druk heeft. Op een vrijen dag heeft hij minder last.

Status praesens: Goed gevoede man, maakt nerveuzen indruk. Geen pijn bij druk op MB, wel in rechterzij van onderste rib af tot crista ileï. Zuurwaarden van de maag na proefontbijt zijn normaal, x-foto's leveren niets bijzonders. Niettegenstaande behandeling met rust en broom gedurende een maand, blijven de klachten, die voor nervositeit worden gehouden, precies dezelfde, daarom proeflaparotomie verricht.

13 Juni '10. *Operatie*: Het colon transversum en de pylorusstreek

zijn sterk geïnjiceerd. Er is geen ulcus te vinden, pylorusresectie wordt verricht.

Verloop: De pijn na 't eten, die eerst geheel was verdwenen, komt weer terug en patient heeft veel last van het zuur, daarom 8 Juli '10: Gastro-enterostomie aangelegd. 't Gaat eerst weer goed, daarna weer dezelfde bezwaren. Klachten verminderen door het toedienen van broomkali met bicarb. natricus.

N°. 3. Patient K., 44 jaar, opgenomen 31 Juli 1910, heeft de laatste week maar één keer ontlasting gehad, heel weinig. Heeft nu pijn in den buik en heeft gebraakt. Sinds ½ jaar is de ontlasting trager dan vroeger, zonder dat hij daar veel hinder van heeft. Hij voelt zich alleen wat lusteloos.

Status praesens: Zeer vermagerde, anaemische man, buik wat opgezet en diffuus drukpijnlijk, versterkte peristaltiek van het colon transversum. Na clysmata komt veel ontlasting. Röntgenfoto's van de darmen wijzen op een mogelijke vernauwing van het transversum.

10 Aug. 1910. *Operatie*: Incisie in de mediaanlijn. Heele colon afgetast, geen tumor te voelen. Colon transversum vertoont talrijke adhaesies met de maag. Colon ascendens geïnjiceerd, appendix rustig, pylorus sterk geïnjiceerd. Gastro-enterostomia retrocolica posterior aangelegd.

Verloop: Na de operatie verschijnselen van maagdarm-paralyse. Langzame reconvalescentie.

Mei 1923: Voelt zich goed, heeft geen klachten, kan alles mee-eten.

N°. 4. Patiente E., 31 jaar, opgenomen 23 Aug. '10, heeft sinds haar kinderjaren een zwakke maag. Last van het „hartwater". Alles ligt zwaar behalve brood, melk en pap. Ze braakt nooit na het eten, heeft nooit bloed gebraakt. Zwarte ontlasting niet opgemerkt.

Status praesens: Er is défense en drukpijnlijkheid hoog in het epigastrium. Op nuchtere maag geen retentie, geen hypersecretie. Na proefontbijt lage zuurwaarden, in ontlasting geen bloed gevonden.

28 Aug. 1910. *Operatie*: Incisie in het epigastrium, pylorusstreek geïnjiceerd, eenige pericolitis daar in de buurt, gastro-enterostomie aangelegd.

21 Sept. 1910. Eet alles mee, voelt zich goed, ontslagen.

29 Dec. 1910. Geen pijn, braakt niet, last van 't zuur.

N°. 5. Patient R., 43 jaar, opgenomen 9 Sept. 1910, sukkelt sinds 2 jaar met de maag. Opeens op een bepaalden dag begonnen met pijn in de maagstreek na het eten. Eetlust sinds dien slecht, is bang te eten, daar hij dan pijn krijgt. Eten ligt zwaar. Hij braakt niet, heeft wel veel last van oprispingen en boeren, niet zuur. Ontlasting ongeregeld, hij is sterk vermagerd.

Status praesens: Blozende, vermagerde man, pijn in mediaanlijn, even boven en onder den navel, ook links daarvan. Het maagonderzoek levert geen bijzonderheden op.

10 Sept. 1910: *Operatie*: De omgeving van den pylorus is geïnjiceerd, er is geen ulcus te voelen. Gastro-enterostomie aangelegd.
3 Oct. 1910: Zonder klachten ontslagen.

N°. 6. Patiente P., 44 jaar, opgenomen 25 Oct. 1910 (in 1905 opgenomen wegens haematemesis en teerzwarte ontlasting) heeft sedert 3 jaar met tusschenpoozen van eenige maanden last van maagpijn, na 't gebruik van voedsel. Ook veel ructus, geen last van 't zuur. Eetlust matig. Werd indertijd met diëet en met belladonna en bic. natr. behandeld, wat verbetering bracht. Nu sinds 3 maanden veel pijn in pylorusstreek en last van misselijkheid. Braken doet ze niet. De maagstreek blijft nu drukpijnlijk, de zuurwaarden van de maag na proefontbijt zijn normaal. Occult bloed in de faeces regelmatig positief.
28 Oct. 1910. *Operatie*: Geen ulcus aan maag of duodenum te vinden; maag is groot, antrum pyloricum rood. Gastro-enterostomie aangelegd.
12 Nov. 1910 zonder klachten ontslagen, eet alles mee.
20 Dec. 1910 Pijn eenigen tijd na het eten.
15 Febr. 1911 Bloed gebraakt, pikzwarte ontlasting.

N°. 7. Patient Z., 49 jaar, opgenomen 6 Dec. 1912 (anamnese verloren gegaan). Algemeene toestand goed, pijn bij druk in het epigastrium; geen algemeene afwijkingen, in ontlasting geen bloed aan te toonen.
7 Dec. 1912 *Operatie*: Incisie door rechter rectus. Maag iets vergroot, antrum pyloricum rood. Pylorus is gefixeerd, adhaesies tusschen galblaas en duodenum, dewelke worden doorgeknipt. Verharding bij den pylorus. Gastro-enterostomie aangelegd.

N°. 8. Patiente M., 27 jaar, opgenomen 29 Nov. 1912, braakt zoo nu en dan, gepaard gaande met heftige hoofdpijn. Een half jaar geleden hevige maagpijn, waarbij ze ook weer braakte en hoofdpijn had. De maagpijn komt hoofdzakelijk na het eten. Huisdokter schreef poeders voor; toen die niet hielpen vloeibaar diëet, daarna werd het veel beter en ook de ontlasting geregelder. Voor ± 6 weken kwamen de pijnen terug, nu steeds tegen 3 à 3½ uur 's middags.
Status praesens: Behalve pijn in de maagstreek bij druk, geen bijzonderheden.
1 Dec. 1912 *Operatie*: Antrum pyloricum is rood, gastro-enterostomia retrocolica.

N°. 9. Patiente E., 32 jaar, opgenomen 20 Maart 1912, heeft sinds 14 jaar maagklachten, hoofdzakelijk maagpijn, optredend 1 tot 4 uur na het eten. Is dan misselijk, in 't begin braakte ze wel eens, nu niet meer. Het eten bezwaart gauw, daarom eet ze weinig te gelijk. Geen ructus, geen last van 't zuur. Ontlasting traag. Patiente is vermagerd. Ze hield den laatsten tijd melkdiëet, zonder veel succes.

Status praesens: Algemeene toestand goed, er is retentie en hyperaciditeit, pijn bij druk in het epigastrium.

Operatie: Incisie in de mediaanlijn, maag is groot, antrum pyloricum rood, op het duodenum een membraan. Galblaas vergroeid. Incisie door rechter rectus. Galblaas losgemaakt, is wat groot, maar bevat geen steenen, wand ook niet verdikt. Duodenum is zeer rood, maar een ulcus is niet te voelen.

Gastro-enterostomia r. c. p.

N°. 10. Patiente K., 23 jaar., opgenomen 1 April 1912, heeft een paar keeren bloed gebraakt. Ze klaagt over maagpijn, last van het zuur. Het eten heeft ze nooit uitgebraakt.

Status praesens: In de faeces geen bloed, de zuurwaarden van de maag na proefontbijt zijn respectievelijk 48 en 82.

Operatie: Zoowel aan de vóór- als aan de achterzijde van de maag wordt geen ulcus gevonden, wel is er roodheid van het antrum pyloricum. Er wordt een gastro-enterostomie aangelegd.

Behalve nog eenmaal bloedbraken na operatie, is het verloop verder goed. Klaagt na 6 weken echter weer over maagpijn.

N°. 11. Patient H., 37 jaar, opgenomen 30 October 1914, vertelt, dat hij 5½ jaar geleden ziek was met maagpijn een paar uur na 't eten en zwarte ontlasting. Hij braakte niet, had geen last van 't zuur. Heeft toen 3 maanden bedrust gehouden, had diëet. Daarna goed tot 14 dagen geleden, toen precies dezelfde klachten opnieuw begonnen; de ontlasting zag weer zwart, na 5 dagen rust en melkdiëet was de maagpijn weer voorbij.

Status praesens: Patient ziet bleek, de Röntgenfoto's van de maag laten retentie zien.

Operatie: Geen ulcus te vinden. Antrum pyloricum is rood, er is een membraan over het duodenum. Gastro-enterostomie met pylorussluiting volgens von Eiselsberg.

N°. 12. Patiente Z., 29 jaar, opgenomen 22 Februari '15, heeft al sinds langen tijd maagbezwaren. Wordt door maagspecialist voorgedragen voor operatie, daar een rustkuur zonder resultaat is gebleven.

Operatie: Er is roodheid van het antrum pyloricum, operatie volgens Finney verricht.

Zonder klachten ontslagen.

N°. 13. Patient K., 52 jaar, opgenomen 6 April 1918, klaagt sinds 10 weken over de maag, heeft maagpijn, die nergens heen uitstraalt, niet duidelijk afhankelijk is van het eten, soms weggaat door het eten. Ook 's nachts pijn. Veel last van ructus en erg het zuur. Braakt laatsten tijd veel, erg zuur, waardoor pijn vermindert. Hoeveelheid braaksel niet groot, geen voedselresten. Vroeger nooit maagbezwaren, niet vermagerd.

Status praesens: Geen somatische afwijkingen. Bij maaghevelen

sterke retentie, na proefontbijt zoutzuur 23, totaalaciditeit 46. Röntgenfoto: na 6 uur zeer veel retentie; faeces geen sanguis.

Operatie: Mediane incisie, roodheid aan den pylorus, waar ook membranen zijn, geen ulcus te zien of te voelen. Gastro-enterostomie aangelegd.

Mei 1923: In uitstekende conditie.

N°. 14. Patient K., 34 jaar, opgenomen 24 Sept. 1918, heeft al sinds 14 jaar maagpijn met vrije perioden, 's avonds dikwijls opgezet gevoel. Zoo nu en dan een zure golf gebraakt. Voelt zich altijd beter, als de maag maar leeg is.

Status praesens: x-foto: groote maag met retentie. Na proefontbijt: totaal aciditeit 51, zoutzuur 22. Faeces bevatten geen sanguis.

Operatie: Roodheid van het antrum pyloricum, gastro-enterostomie aangelegd.

Mei 1923 Wel verbeterd; bij nerveusiteit weer maagklachten.

N°. 15. Patiente O., 16 jaar, opgenomen 27 Mei 1921, heeft sinds een jaar last van pijn, voornamelijk boven in den buik. Na het eten wordt de pijn erger, vleesch, aardappelen en groenten kan ze niet verdragen. Is vermagerd, nachtzweet. Last van 't zuur, ze zou 6 jaar geleden bloed opgegeven hebben. Moeder en een zusje overleden aan t.b.c. pulmonum.

Status praesens: Bleek meisje, behalve licht verkorte percussietoon boven rechter longtop geen somatische afwijkingen. Haemoglobinegehalte: 70. Na proefontbijt: HCl 34, totaalaciditeit 67, geen retentie. Röntgenfoto's: lange, atonische maag. Faeces bevatten geen sanguis. Zoolang patiënte melk en pap gebruikt, gaat het goed, wordt dit diëet iets uitgebreid dan weer maagklachten.

Operatie: Incisie in epigastrium, maag is groot. Op het antrum pyloricum begint wat roodheid, die op het duodenum veel sterker wordt, zoodat dit laatste met een zeer roode membraan is bedekt. Deze membraan zet zich voort op het colon transversum, heeft het colon tegen het duodenum gefixeerd. Nergens een ulcus, pylorus is wat nauw, niet verhard. Galblaas normaal; appendix opgezocht; deze is aan de punt wat rood, wordt verwijderd. Geen membraan op het ascendens. De membraan op het duodenum wordt gekliefd en daardoor het duodenum zooveel mogelijk vrij gemaakt.

Path. Anatom. Appendicitis obliterans chronica.

Verloop: Patiente klaagt weer spoedig over de maag.

Mei 1923: Last van maagpijn, misselijkheid en braken.

N°. 16. Patient R., 41 jaar, opgenomen 21 Febr. 1921, heeft sinds 1½ jaar aanvallen van maagpijn en bij onderzoek blijkt, dat de maag sterk is uitgezet, dat er hypersecretie is en sterke retentie, kortom het beeld van een pylorusstenose aanwezig is. De pylorusstreek is gevoelig bij druk.

Operatie: Maag is groot, antrum pyloricum is rood, pylorusring zeer

nauw, aan de achterzijde van de maag een enkele adhaesie. Resectie van het antrum pyloricum volgens Billroth I.

Path. Anatom. In 't gereseceerde stuk maag geen ulcus.

Mei 1923: Is in uitstekende conditie.

N°. 17. Patiente H., 26 jaar, opgenomen 11 Jan. 1921, sukkelt al sinds jaren met een wee gevoel in de maagstreek. Vroeger braakte ze nooit, een klein jaar geleden hevige pijnaanval gepaard gaande met temperatuursverhooging, galbraken en duizeligheid.

Proeflaparotomie: Sterke roodheid van het antrum pyloricum, hypertrophische nauwe pylorus. Pylorectomie verricht.

Zonder klachten ontslagen.

N°. 18. Patiente K., 22 jaar, opgenomen 20 Sept. 1921, heeft al 4 jaar last van rug- en maagpijn. Gebruikt sinds 5 weken enkel melk en pap, kon geen gewoon eten meer verdragen. Had soms direct, soms ½ uur na 't eten, pijn in de maag en braakte. 's Nachts ook vaak pijn, die met warme melk spoedig week. Last van 't zuur, geen ructus.

Status praesens: Geen somatische afwijkingen. Palpatie in den bovenbuik is pijnlijk, vooral halverwege de navel en de processus xiphoïdeus. Na proefontbijt zuurwaarden maag: HCl: 40, totaal: 75. Benzidine reactie faeces positief. Niettegenstaande ulcuskuur blijft patiente pijnlijk, daarom

10 Oct. 1921 *Operatie* (proeflaparotomie): Snede in de mediaanlijn boven den navel, de maag is klein, rood aan de pylorus. Geen ulcus te voelen. Galblaas geen afwijkingen; appendix ligt in vergroeïngen, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix vertoont geen afwijkingen.

Mei 1923: Blijft klagen over maagpijn en misselijkheid 2 weken voor de menstruatie, menstrueert om de 3 weken.

Gynaecologisch geen afwijkingen.

N°. 19. Patiente H., 27 jaar, opgenomen 9 Sept. 1921, klaagt al jaren lang over haar maag. Laatste 2 jaar eigenlijk voortdurend. Ze heeft veel last van 't zuur en van oprispingen. Heeft pijn 2 uur na 't eten. Geen hongerpijn, braakt nooit.

Status praesens: Behalve drukpijnlijkheid in het epigastrium geen afwijkingen. Zoutzuuraciditeit van de maag na proefontbijt: 15, totaal aciditeit 50; er is geen nuchterrest. Röntgenologisch geen bijzonders. In faeces geen sanguis.

19 Sept. 1921 *Operatie*: Incisie in het epigastrium, maag is normaal van grootte, er is uitgesproken roodheid van het antrum pyloricum, geen verharding van den wand, geen adhaesies. Galblaas normaal. Appendix is kort en dik, wordt verwijderd.

Path. Anatom: Appendix geen afwijkingen.

Kort na de operatie dezelfde klachten als tevoren.

N°. 20. Patient H., 23 jaar, opgenomen 25 Mei 1921, klaagt sinds een jaar over pijn in de maagstreek en een sterk gespannen gevoel, zon-

der bepaalde regelmaat. Geen nachtelijke pijn of hongerpijn. Hij braakt nooit; na eenigen tijd streng diëet waren de klachten belangrijk minder.

Status praesens: Pat. maakt een wat neurasthenischen indruk, de maagstreek is gevoelig bij palpatie, de appendixstreek is vrij. Maagonderzoek: geen retentie, zuurwaarden 47 en 70. Röntgenologisch: geen bijzonders. Benzidine-reactie faeces eenige malen positief.

3 Juni 1921 *Operatie*: Mediane incisie, maag wat te groot, pylorusgedeelte en duodenum rood en met een dunne membraan bedekt. Omentum in het duodenaalgedeelte verdikt, hard en opgetrokken, galblaas is normaal. Aan achterzijde maag geen afwijkingen, pylorusring nauw en verdikt. Hemisphincterectomie. Appendix is verschrompeld, wordt verwijderd.

Path. Anatom: Appendicitis obliterans.

Mei 1923: Sinds ½ jaar na operatie weer klachten, voornamelijk last van het knellend gevoel. Nabehandeld met thyreoïd-tabletten.

Sept. 1923: Bespeurt vooruitgang, heeft weer meer klachten, als hij het thyreoïdgebruik staakt.

N°. 21. Patient M., 32 jaar, opgenomen 2 Mei 1921, heeft sinds een paar jaar last van pijn in de maagstreek, niet op bepaalden tijd, niet 's nachts, niet heftig, maar een knagend, lam gevoel, onafhankelijk van 't eten. Als hij rust hield, verdween de pijn langzamerhand. Hij braakt nooit, geen last van 't zuur. Is nerveus.

Status praesens: Behalve drukpijnlijkheid in 't epigastrium geen afwijkingen. Maagonderzoek: geen retentie, HCl. 18, totaalaciditeit 40. Benzidine-reactie faeces negatief. Patient blijft bij bedrust en diëet over pijn klagen.

12 Mei 1921 *Operatie*: Mediane incisie, maag weinig vergroot, vergroeïing tusschen galblaas en duodenum; geen ulcus te zien, ook niet aan de achterzijde. Hemisphincterectomie. Appendix zeer lang, geknikt, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Geen appendixontstekingsverschijnselen, serosa alleen op eenige plaatsen verdikt.

Mei 1923: Sinds de operatie geen klachten meer.

N°. 22. Patiente S., 29 jaar, opgenomen 3 Mei 1921, is al 8 jaar maaglijdend. Toen maakte ze een kuur door van 4½ maand, was daarna zonder klachten. Voor 2 jaar weer last, hield toen 10 weken rust, maar klachten zijn gebleven. 't Eten heeft geen invloed op de pijn, die ze voornamelijk in den rug localiseert. Ze braakt nooit, geen last van 't zuur wel van opboeren. Nooit bloed gebraakt, volgens haar huisdokter wel eens bloed in de ontlasting.

Status praesens: Geen somatische afwijkingen, alleen eenige gevoeligheid bij palpatie links onder ribbeboog in maagstreek. Maagonderzoek: HCl. 52, totaal aciditeit: 72. Röntgenologisch: normale maag, aan pylorus lichte insnoering, faeces bevatten geen sanguis. Na diëet volgens Leube zelfde klachten.

27 Juni 1921 *Operatie*: Incisie in mediaanlijn, maag normaal van

grootte. Antrum pyloricum en het geheele duodenum zijn rood, geen membraan, geen verharding in den wand, aan achterkant geen afw. Pylorusring wat nauw, galblaas normaal. Appendix vertoont een knik in 't midden, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix heeft atrophisch slijmvlies.

Mei 1923: Dezelfde klachten van vroeger.

N°. 23. Patient J., 29 jaar, opgenomen 28 April 1921, sukkelt reeds 3 jaar aan de maag. De pijn zit voornamelijk boven navel in het midden. De pijn was 't ergst voor 2 jaar, toen hij in de mijnen werkte, later verminderd, nu nog alleen gevoelig, soms knagende pijn, soms zwaar drukkend gevoel in maagstreek. Vroeger last na 't eten, geen zuurbranden, braakt nooit. Zware kost veroorzaakt den meesten last. Hij is vermagerd.

Status praesens: Pijn bij druk in de mediaanlijn onder het sternum. Maagonderzoek: geen nuchterrest, na proefontbijt HCl 56, totaalaciditeit: 107, benzidine-reactie faeces zwak positief. Bij doorlichten levendige peristaltiek, foto na 6 uur vertoont een geringe retentie van de barium pap.

10 Juni 1921 *Operatie*: Snede in mediaanlijn, maag iets vergroot, antrum pyloricum rood, duodenum eveneens. Op een paar cm. afstand van de pylorus is een stervormige plek te zien, die aan een ulcus doet denken. Galblaas breed met het duodenum vergroeid, wordt losgemaakt. Het blijkt nu, dat het heele duodenum tot aan den eersten knik zeer rood is en met een dunne membraan bedekt. Aan den achterkant van de maag ook enkele vergroeïngen. Resectie volgens Billroth II verricht.

Path. Anatom. In roode stuk maag geen afwijkingen, alleen hyperaemie in alle lagen.

Mei 1923: Is wel veel verbeterd, heeft sterk wisselende maagklachten, erg zenuwachtig.

N°. 24. Patiente V., 59 jaar, opgenomen 22 Maart 1921, klaagt over maagpijn, meest 1 tot 1½ uur na den eten. Geen last van 't zuur, veel ructus, braakt nooit. Soms van alle eten last, met melk en pap ging het 't beste. Eetlust erg wisselend, veel last van slapeloosheid.

Status praesens: Geen bijzonders, behalve pijn bij druk in het epigastrium. Maagonderzoek: na proefontbijt HCl. 30, totaalaciditeit 45. Faeces bevatten herhaaldelijk geen sanguis. X-foto's leveren geen duidelijk beeld. Is zeer nerveus.

18 Mei 1921 *Operatie*: Mediane incisie, maag niet vergroot, sterke roodheid van het antrum pyloricum en duodenum. Nergens een ulcus te zien of te voelen. Galblaas zeer klein, in de omgeving geen teekenen van ontsteking. Resectie volgens Billroth I. Appendix is lang, bevat meerdere faecaalsteentjes, vertoont geen teekenen van ontsteking, wordt verwijderd.

Path. Anatom: Appendix niet ontstoken.

In het stuk maag geen ontsteking, hyperaemie in alle lagen.
Kort na operatie dezelfde klachten, zeer wisselend, erg nerveus.

N°. 25 Patient B., 34 jaar, 15 Jan. 1921 opgenomen, heeft al jaren lang last van de maag. Kan geen zwaar voedsel verdragen. Weinig last van 't zuur, is steeds pijnlijk, braakte soms.

Status praesens: Trage man, nerveus, zeer langzame pols. Na proefontbijt zuurwaarden 14 en 30. X-foto: groote maag, sterke peristaltiek, geringe retentie. Benzidine reactie faeces positief.

27 Jan. 1921 *Operatie*: Geen ulcus aan maag of duodenum, wel roodheid van het antrum pyloricum. Resectie van het antrum pyloricum volgens Billroth I.

Path. Anatom. Geen ulcus doch hyperaemie.

21 Febr. 1921 ontslagen (pneumonie l.a.o. doorgemaakt).

Mei 1923 Geen maagklachten, eet alles mee, geen last van 't zuur.

N°. 26 Patient E., 31 jaar, opgenomen 7 Febr. 1921, heeft al een paar jaar last van de maag, braakte veel, steeds onaangenaam gevoel in de maag. Eetlust goed, kon ook zwaar voedsel verdragen. Geen nachtelijke pijnen. Niettegenstaande rust- en diëetkuur bleven de maagpijnen en hield patient bloed in de ontlasting.

Status praesens: Zeer nerveuze man, linker longtop blijft bij ademen heel weinig achter. Na proefontbijt HCl 40, totaalaciditeit 60. x-foto: groote maag, geen retentie. Benzidine reactie faeces positief.

17 Febr. 1921 *Operatie*: Pars pylorica van de maag is rood. Achter bij pylorus een verdikking in den maagwand met vergroeïingen, wat stervormig, genezend ulcus gelijkende. Resectie volgens Billroth I.

Path. Anatom. Geen ulcus gevonden.

N°. 27. Patiente B., 27 jaar, opgenomen 30 Maart 1921, heeft sinds 2 jaar maagklachten, afwisselend in hevigheid, ook wel eens een tijdje vrij. Lichte kost wordt beter verdragen, dan heeft ze geen pijn en braakt niet. Nooit haematemesis. Pijn altijd eenige uren na 't eten, soms 's nachts, kan heel heftig zijn en trok dan naar den rug. Als ze iets gebruikt, werd het beter. Met rust nemen de verschijnselen wel af.

Status praesens: Buik niet drukpijnlijk. X-foto's laten een uitgezette maag zien, geen retentie. Bij doorlichting sterke contracties bij de pylorus. Faeces: benzidine-reactie sterk positief.

15 April 1921 *Operatie*: Mediane incisie. Maag aan pylorus rood, bij de cardia niet. Nergens een ulcus te vinden; op den achterwand van de maag een vergroeïing. Galblaas vergroeid met duodenum, bevat geen steenen. Pylorusresectie.

Mei 1923: Eén jaar na operatie weer klachten vnl. maagpijn, eet alles mee, braakt niet, is veel verbeterd.

N°. 28. Patiente C., 46 jaar, opgenomen 7 Jan. 1922 voor operatie wegens ulcus ventriculi.

9 Jan. 1922 *Operatie*: Snede in mediaanlijn. Maag iets te groot,

antrum pyloricum en begin duodenum rood en licht cyanotisch. Pylorusring betrekkelijk nauw en hard. Nergens een ulcus te voelen. Aan achterzijde, 4 cm. van den pylorus een vrij stevige adhaesie. Roode, gezwollen klieren langs de groote curvatuur. Galblaas normaal, appendix normaal, wordt verwijderd. Resectie volgens Billroth I.

Path. Anatom. Appendix geen afwijkingen. Maag: alleen hyperaemie. Klier: bloedrijk, niet ontstoken.

Mei 1923: In uitstekende conditie, eet alles mee.

N°. 29. Patiente H., 25 jaar, opgenomen 10 Juni 1922, had 7 dagen geleden een aanval van pijn boven in den buik, gepaard gaande met misselijkheid en diarrhee. Twee jaar geleden eerste aanval, ook pijn in bovenbuik en rechter zij, gepaard gaande met misselijkheid. Sinds dien nu 3 maal hetzelfde. Sukkelde 8 jaar geleden met de maag, steeds veel last van 't zuur, kon geen zwaar eten verdragen.

Status praesens: Drukpijnlijk op MB, in galblaasstreek en in 't epigastrium. Zuurwaarden van de maag na proefontbijt 32 en 80. Faeces bevatten geen sanguis. X-foto: na 6 uur geringe retentie.

12 Juli 1922 *Operatie*: Mediane incisie; maag vrij groot, antrum pyloricum is rood. Galblaas ligt over het duodenum gefixeerd, wordt losgemaakt en verwijderd. Ductus cysticus met zijde afgebonden. Het duodenum, dat nu vrij komt, blijkt rood en met een spinnewebachtige membraan bedekt te zijn. In duodenum of maag nergens iets te voelen, wat op een ulcus lijkt. Appendix wat lang en dik, wordt verwijderd. Dunne draineerbuis naast den cysticusstomp.

Path. Anatom. Chronische cholecystitis; appendix normaal.

Mei 1923: Geen maagklachten, wel veel last van obstipatie en moeheid; slaapt slecht, is erg zenuwachtig.

N°. 30. Patient L., 21 jaar, opgenomen 29 Juni 1922, werd in 1918 geopereerd wegens acute appendicitis (appendectomie). Sinds 1919 maagklachten, die de maagspecialist de diagnose ulcus ventriculi deden stellen en patient werd behandeld met rust- en diëetkuur. Begin 1922 heftige krampaanvallen, die 't karakter van een galsteenkoliek dragen. Braakt niet, nooit geel gezien. Diagnose: cholecystitis.

Status praesens: Lichte temp. verhooging, pijn bij druk in galblaasstreek en in 't epigastrium. Lichte défense.

30 Juni 1922 *Operatie*: Paramediane snede. Maag is groot, antrum pyloricum rood, duodenum eveneens. De galblaas is gespannen, laat zich niet leegdrukken, is bij den overgang op de cysticus eenigszins geknikt, heeft geen adhaesies. Het colon ascendens en het duodenum bedekt met een roode membraan. Galblaas verwijderd, de stomp overhecht.

Path. anatom. Cholecystitis chronica.

Mei 1923: Sinds de operatie geheel vrij van klachten.

N°. 31. Patiente B., 36 jaar, opgenomen 27 Dec. 1921, heeft al sinds 10 jaar last van maagpijn, die den laatsten tijd erger wordt. Pijn

onafhankelijk van 't eten, wat wel een gevoel van zwaarte geeft. Pijn is ongeregeld, overdag erger dan 's nachts, 's winters meesten last. Al sinds een jaar last van braken, soms wekenlang niet, nooit bloed gebraakt. Zuurbranden en oprispingen. Obstipatie. Slechte eetlust, hoofdpijn, af en toe duizelig, hartkloppingen, erg nerveus.

Status praesens: Geen somatische afwijkingen. Pijn bij druk in het epigastrium. Na proefontbijt HCl-aciditeit 4, totaalaciditeit 20, melkzuur positief. De benzidine-reactie in de faeces is positief.

18 Jan. 1922 *Operatie*: Mediane incisie. Maag atonisch, antrum pyloricum rood, geen ulcus, geen adhaesies aan voorkant. Aan achterzijde stervormige plek dicht bij kleine curvatuur en eenige adhaesies bij het duodenum; daarom resectie volgens Billroth I. Galblaas normaal, appendix normaal.

Path. Anatom. Hyperaemie in gereseceerde stuk maag.

20 Maart 1923: Weer opgenomen met dezelfde klachten als vóór de operatie, reeds ± 1 maand na operatie weer begonnen. Een nieuw uitgebreid onderzoek van pat. levert niets op, ten slotte na diëet en 100 mgr. thyreoïd per dag veel verbeterd ontslagen (Mei 1923).

N°. 32. Patiente J., 41 jaar, opgenomen 27 Febr. 1922, heeft al sedert haar jeugd, vooral na 't eten pijn in den buik. Altijd constipatie. Elf jaar en één jaar geleden appendicitis-aanval, 3 maanden geleden ook, ging toen gepaard met maagpijn, misselijkheid en diarrhee. Van morgen plotseling heftige maagpijn, die naar den rug toe trok, ook braakte ze erbij.

Status praesens: Buik wat opgezet, geen défense musculaire. Pijn bij druk in galblaasstreek en naar beneden tot op MB. Bij druk in den rug onder 12e rib eveneens pijnlijk.

8 Maart 1922 *Operatie*: Paramediane snede. Galblaas is groot, maag eveneens. Antrum pyloricum is een weinig hyperaemisch, doch niet zeer rood. Pylorusring erg nauw. Appendix geknikt door een oude vergroeiïng, te lang en te dik. Appendectomie, choiecystectomie en hemisphincterectomie. Drain op cysticusstomp.

Path. Anatom. Appendix noch galblaas ontstoken.

N°. 33. Patiente A., 20 jaar, opgenomen 3 April 1922, heeft al sinds maanden maagklachten, maagpijn, soms erg hevig, meestal 4 uur na 't middageten. Braakt zelden, wel misselijk dan, vooral last van 't zuur en ructus. Als ze gaat rusten, gaat pijn over. Laatsten tijd ook 's nachts pijn, soms treedt de pijn op bij leege maag. Sinds een paar weken melk- en papdiëet, bezwaren minder. Zwaar eten, als groene erwten, kool en andijvie kan ze slecht verdragen. Vroeger wel eens maagpijn, doch nooit zoo hevig als laatste maanden. Nooit haematemesis; nachtzweet, obstipatie.

Status praesens: Drukpijnlijk in mediaanlijn vlak boven den navel, weinig drukpijnlijk op MB. Zuurwaarden maag na proefontbijt 14 en 34. Röntgenonderzoek: sterke peristaltiek, geen retentie. In faeces benzidine-reactie negatief.

8 April 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag normaal groot, antrum pyloricum rood; galblaas geadhaeseerd over het duodenum heen. Aan achterkant adhaesies bij pylorus. Resectie volgens Billroth I. Appendix is gekronkeld en vergroeid, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix: normaal. Maag: hyperaemie.

Mei 1923: Dezelfde bezwaren.

N°. 34. Patiente B., 25 jaar, opgenomen 1 Febr. 1922, heeft sinds 2½ jaar maagklachten. Maagpijn en braken, optredend willekeurigen tijd na den eten, nooit 's nachts. Geen hongerpijn. Veel last van 't zuur, in den zomer van 1921 haematemesis. Kool kan ze niet verdragen.

Status praesens: Drukpijnlijk in linker hypochondrium. Zuurwaarden maag na proefontbijt: HCl 36, totaal 65. Benzidine-reactie faeces +. Röntgenonderzoek: trage peristaltiek, laag liggende maag, na 6 uur ⅓ retentie.

13 Febr. 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag groot, antrum pyloricum rood. Enkele klieren aan de groote curvatuur, geen verharding van den wand van de maag. Pylorus niet vernauwd, vertoont geen kramp bij betasten. Resectie volgens Billroth I. Appendix is klein, ziet normaal uit.

Path. Anatom. Maag: Hyperaemie. Kliertje niet ontstoken.

Mei 1923: Een jaar lang goed, toen weer pijn in de maag, slechte eetlust, braakt niet.

N°. 35. Patient R., 35 jaar, opgenomen 17 Oct. 1922, sukkelt al 10 jaar aan de maag; maagpijn, niet op geregelden tijd na 't eten, laatsten tijd ook 's nachts, vermindert met warme melk en rust, sinds 3 weken trekt de pijn naar rechts in den rug. Af en toe last van 't zuur en braakneiging. Nooit haematemesis. Laatsten tijd sterk vermagerd.

Status praesens: Drukpijnlijk in epigastrium en galblaasstreek. Maagonderzoek: zuurwaarden na proefontbijt HCl 78, totaal 84. Faeces: sanguis wisselend positief en negatief. Röntgenonderzoek: sterke, frequente contracties, na 6 uur geringe retentie.

Na diëet en rust klachten verminderd, doch pijn blijft.

22 Nov. 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag niet vergroot, antrum pyloricum duidelijk rood. Bij den pylorus een kruisvormige adhaesie, die den indruk maakt van een ulcus te zijn. Het duodenum is weinig beweeglijk. Geen klieren aan kleine of groote curvatuur. Galblaas normaal, geen steenen. Resectie volgens Billroth I. Appendix geobliteereerd, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix: Appendicitis obliterans.

Maag: Geen ulcus.

Mei 1923: In uitstekende conditie, eet kool, paardenvleesch etc.

N°. 36. Patient B., 50 jaar, opgenomen 6 Januari 1923, heeft al sinds 12 jaren buikklachten, laatste jaar maagpijn, bandgevoel in de maagstreek. Zwaar eten wordt slecht verdragen, soms pijn direct na 't eten, soms een uur daarna. Geen last van 't zuur. Laatste week veel gebraakt,

voortdurend maagpijn, die verergert als hij wat eet. Gebruikt daarom bijna niets.

Status praesens: Nerveuze man, koude, blauwe handen en voeten. Meeste drukpijnlijkheid in maagstreek. Zuurwaarden maag na proefontbijt 20 en 59. Röntgenonderzoek: sterke contracties, smalle pylorus, geen retentie. Faeces: benzidine-reactie eerst + later —.

23 Jan. 1923 *Operatie*: Mediane incisie, maag niet vergroot, antrum pyloricum rood. Pylorusring een beetje ingesnoeid. Geen ulcus, geen vergroote klieren, galblaas normaal. Er is een vlakke adhaesie tusschen lever en duodenum. Het duodenum ligt onder een roode spinnewebachtige membraan, zich ook uitstrekkend over het lig. hepatoduodenale. Een gedeelte voor onderzoek uitgesneden. Ook op het colon ascendens is een dergelijke membraan zichtbaar. Verdere dikke en dunne darmen vertoonen geen afw., geen klieren in 't mesenterium. De appendix is normaal, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix niet ontstoken. Duodenummembraan bestaat uit cel- en vaatrijk bindweefsel, geen ontsteking.

Aug. 1923: Dezelfde klachten als vroeger, zeer nerveus, meent kanker aan de maag te hebben; direct na operatie begonnen met thyreoïd, pat. kwam echter niet terug.

N°. 37. Patient K, 34 jaar, opgenomen 20 Jan. 1923, klaagt sinds 15 jaar over de maag. Telkens weer een drukkende, vaak knagende pijn in de maagstreek, optredend $^1/_4$ à $^1/_2$ uur n a het eten, met rust verdween de pijn. Houdt al 10 jaar diëet, vnl. slappen kost. Braakt soms 3 keer per dag, van te voren dan last van 't hartwater. Geen zuuroprispingen, zelden ructus. Slechte eetlust, soms maanden vrij van pijn. Zou in 1910 appendicitis hebben gehad. Veel last van koude handen en voeten.

Status praesens: Zeer nerveuze man, bleek gezicht, haemoglobinegehalte: 80. Zuurwaarden na proefontbijt 33 en 53. Faeces: benzidinereactie steeds negatief. Röntgenonderzoek: sterke contracties, hypermotiliteit, na 6 uur geringe retentie.

14 Febr. 1923 *Operatie*: Mediane incisie. Direct na openen van den buik blijkt het antrum pyloricum een rose-roode kleur te hebben, tamelijk scherp afgescheiden van de bleeke kleur van het corpus. Duodenum eveneens rood, nergens een ulcus. Galblaas normaal, geen steenen. Pylorusring voelbaar. Langs de groote curvatuur meerdere gezwollen klieren, waarvan sommige voor onderzoek geëxstirpeerd. Geen klieren in het mesenterium, niets wat doet denken aan t.b.c. Appendix is dik, geknikt, ligt in oude vergroeïingen, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Chronische appendicitis.

Kliertjes: hyperplastisch, geen ontsteking.

Juli 1923: Geregeld nabehandeld met thyreoïdtabletten. Geen verbetering opgemerkt. Blijft klagen over maagpijn en misselijkheid.

N°. 38. Patient B., 32 jaar, opgenomen 15 Maart 1923, heeft sinds 12 jaar last van de maag, voornamelijk 't hartwater en maagpijn op

willekeurige tijden van den dag, onafhankelijk van het eten. Geen last van 't zuur, 's nachts ook wel pijn, wordt bij warm drinken minder. Als hij rust houdt, minder klachten. Nooit eetlust, een enkelen keer braakt hij 't voedsel uit, als hij wat veel heeft gegeten.

Status praesens: Drukpijnlijk in epigastrium, zuurwaarden maag na proefontbijt 37 en 74. Faeces: benzidine-reactie sterk +. Röntgenonderzoek: In zijligging kleine nis aan kleine curvatuur. Na 6 uur zeer geringe retentie ter hoogte van de nis.

26 Maart 1923. *Operatie*: Mediane incisie. Maag niet vergroot, antrum pyloricum rood, duodenum door een roode membraan bedekt. Galblaas gefixeerd aan het duodenum, wordt losgemaakt. Vrij veel klieren langs de groote curvatuur. Aan de kleine curvatuur 5 cm. van de pylorus af een verharding te voelen. Pylorusring nauw, vast, gecontraheerd. Resectie volgens Billroth I. Bij openknippen blijkt, dat er aan genoemde harde plek een ulcus aanwezig is. Appendix is geknikt en gefixeerd, ziet niet ontstoken uit, wordt verwijderd.

Path. Anatom. Appendix: Niet ontstoken.

Maag: Ulcus aan de kleine curvatuur.

Mei 1923: Eet bijna alles mee, is in uitstekende conditie.

N°. 39. Patiente W., 30 jaar, opgenomen 8 Maart 1922, sedert 11 jaar maagklachten, pijn meest ½ uur na 't eten, ook 's nachts dikwijls pijn. Veel last van 't zuur. Drinken warme melk geen invloed op de pijn. Twee jaren geleden rust- en diëetkuur gedurende 2½ maand, zou maagbloeding hebben gehad (zwarte ontlasting). Soms maanden vrij van pijn, nu weer sedert 3 weken maagpijn, zuuroprispingen, braakt niet. Dikwijls bandgevoel om maag.

Status praesens: Bleeke, nerveuse, asthenische vrouw. Zeer drukpijnlijk in de maagstreek. Zuurwaarden na proefontbijt 4 en 23; geen melkzuur; faeces: benzidine-reactie twijfelachtig. Röntgenonderzoek: Sterke peristaltiek, na 6 uur: geringe retentie.

15 Maart *Operatie*: Mediane incisie, groote maag, antrum pyloricum eenigszins rood. Galblaas vergroeid met duodenum en omentum maius, wordt losgemaakt. Aan achterkant maag een kleine witte plek, die adhaesies heeft met het pancreas, gelijkt echter geen ulcus. Appendix lang, wordt verwijderd. Resectie volgens Billroth I.

Path. Anatom: Appendix: geen afwijkingen. Maag: hyperaemie.

Mei 1923: Patiente blijft na de operatie haar klachten houden, reageert niet op brometa en amara.

N°. 40. Patiente V., 27 jaar, opgenomen 18 Febr. 1922, heeft sinds 4 jaar maagklachten, begonnen toen ze naar Holland verhuisde, was in Duitschland ondervoed. Maagpijn ½ uur na 't eten, ze braakte dikwijls. Braaksel erg zuur. Ten slotte kon ze niets meer binnenhouden. Altijd erg zenuwachtig.

Status praesens: Drukpijnlijk in epigastrium. Zuurwaarden maag na proefontbijt 20 en 46. Röntgenonderzoek: geen retentie. Faeces: benzidine-reactie zwak +.

20 Maart 1922 *Operatie*: Mediane incisie, groote maag, geen ulcus. Antrum pyloricum rood, geen klieren aan de curvaturen. Pylorusring vrij nauw. Galblaas bevat vele kleine steenen. Alle steenen uit blaas verwijderd, door een incisie aan den top. Resectie volgens Billroth I.

Path. Anatom. Maag: Hyperaemie.

N°. 41. Patiente K., 32 jaar, opgenomen 3 Juli 1922, is voor 2 jaar geopereerd (appendectomie). Sedert dien pijn in de maagstreek, vlagen dikwijls 's nachts. Daarbij een gevoel van misselijkheid, dat den laatsten tijd toenam. Aard van het eten had geen invloed. Patiente is wat vermagerd.

5 Juli 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag is groot, antrum pyloricum rood, aan den achterkant adhaesies. Resectie volgens Billroth I.

Mei 1923: Patiente houdt een zwaar gevoel na den eten, een maand geleden erge maagpijn en braken

N°. 42 Patient G., 19 jaar, opgenomen 26 Sept. 1922, heeft al sedert 4 jaar maagklachten, die sterk aan een ulcus ventriculi deden denken. 2½ jaar geleden ulcuskuur. Sinds een jaar weer veel last van pijn ± ½ uur na 't eten, ook 's nachts veel pijn. Braakt weinig, veel last van 't zuur.

Status praesens: Drukpijnlijk epigastrium; zuurwaarden maag na proefontbijt 35 en 65. Faeces: sanguis +. Röntgenonderzoek: dubieus ulcus ventriculi.

28 Sept. 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag niet vergroot, antrum pyloricum een weinig rood. Adhaesies aan den achterkant, nergens een ulcus te zien of te voelen. Galblaas normaal. Resectie volgens Billroth I.

Bleef sinds operatie klagen over maagpijn, last van 't zuur en misselijkheid, werd nabehandeld met matig diëet en 100 mgr. thyreoïd per dag, terwijl de suggestie niet werd vergeten.

Mei 1923: Is thans vrij van klachten, kan alle eten verdragen, geen last van 't zuur, thyreoïdgebruik gestaakt.

Aug. 1923: In beste conditie.

Eind Sept. 1923: Weer maagklachten. Opnieuw begonnen met thyreoïd.

N°. 43. Patient R., 31 jaar, opgenomen 23 Sept. 1922, klaagt sinds zijn 15e jaar over maagkrampen, die eerst weggingen door eten, later met rust. Laatsten tijd veel last van zure ructus. Door opboeren vermindert de pijn. Heeft een bandgevoel om den buik.

Status praesens: Pijn bij druk in de maagstreek, is daar zelfs hyperaesthetisch. Zuurwaarden maag na proefontbijt 35 en 55. Ontlasting bevat sanguis. Röntgenonderzoek: Aan de kleine curvatuur bij den maaghoek diepe nis, na 6 uur belangrijke retentie. Reactie van Wassermann: negatief.

25 Sept. 1922 *Operatie*: Mediane incisie, de maag is groot, het antrum

pyloricum duidelijk rood, nergens een verharding te voelen, geen intrekking van de serosa te zien, geen adhaesies. Galblaas normaal. Resectie volgens Billroth I. (In het gereseceerde stuk geen ulcus te vinden).

Mei 1923: Pat. is veel verbeterd, kan alle eten verdragen, heeft geen last van 't zuur. Bandgevoel is gebleven.

N°. 44. Patient G., 41 jaar, opgenomen 27 Sept. 1922, wordt sedert 3 jaar intern behandeld voor ulcus duodeni. Klaagt vooral 's nachts over pijn in de maag. Is zeer nerveus.

Status praesens: Zeer drukpijnlijk in mediaanlijn boven den navel. Zuurwaarden maag na proefontbijt 40 en 70. Faeces bevatten geen sanguis. Röntgenonderzoek: difformiteit aan de bulbus duodeni, vermoedelijk ulcus.

28 Sept. 1922 *Operatie*: Mediane incisie, maag niet vergroot, antrum pyloricum wat rood. Adhaesies om het duodenum vlak bij den pylorus. Galblaas gefixeerd op het duodenum, bevat steenen. Resectie volgens Billroth I en exstirpatie van de galblaas.

Path. Anatom. Galblaas: Chronisch ontstoken.

N°. 45. Patient B., 27 jaar, opgenomen 15 Maart 1923, sinds 6 jaar maagklachten. Af en toe maagpijn ± 2 uur na 't eten, last van 't zuur, misselijk, hartwater, braakte soms. Geen hongerpijn, geen vermindering van de pijn door voedselgebruik. Pat. is nerveus, gauw moe. In zomer 1920, rust- en diëetkuur, daardoor zeer verbeterd, vorige maand klachten opnieuw begonnen.

Status praesens: Magere, bleeke man. Plasgeruisch boven maag. Zuurwaarden maag na proefontbijt 64 en 78. Röntgenonderzoek: Laagreikende maag, sterke contracties, smalle pylorus; na 6 uur $^1/_3$ retentie. Waarschijnlijk ulcus pylori met stenose.

19 Maart 1923 *Operatie*: Mediane incisie. Maag niet vergroot, antrum pyloricum rood, pylorus nauw en geheele duodenum eveneens. Galblaas normaal. Aan de achterkant van de maag een enkele adhaesie, die er niet-pathologisch uitziet. Resectie volgens Billroth I.

Bij openknippen van het gereseceerde stuk maag, blijkt er een klein ulcus te zijn aan de kleine curvatuur.

Path. Anatom. Ulcus pepticum.

Aug. 1923: In uitnemende conditie, eet alles mee.

STELLINGEN

I

De trias van *Moynihan:* roodheid van het antrum pyloricum, gezwollen klieren langs de curvatura maior ventriculi en gecontraheerde pylorus, is lang niet in ieder geval van roode maag aanwezig.

II

Bij een roode maag treft men even vaak een chronische cholecystitis als een chronische appendicitis aan.

III

Wanneer haemolytische icterus aanleiding geeft tot ziekteverschijnselen, is miltexstirpatie aangewezen.

IV

Zelfs een patient met acute maagperforatie valt wel eens in slaap zonder pijnstillende middelen.

V

De indicatie voor operatie bij acute cholecystitis valt zeker niet met die voor operatie bij acute appendicitis op één lijn te stellen.

VI

Men legge bij een subcapitale femurfractuur geen rekverband aan.

VII

De cervicale transperitoneale sectio caesarea verdient boven elke andere methode de voorkeur.

VIII

Radium is het middel bij uitstek ter behandeling van den primairen tumor bij alle kwaadaardige gezwellen van de tonsillen.

IX

De bepaling der bezinkingssnelheid der roode bloedlichaampjes is van groote waarde voor de prognose der longtuberculose.

X

Tetanie is in vele gevallen niet van parathyreogenen oorsprong.

XI

De essentiëele dipsomanie heeft niets te maken met epilepsie, maar is een vorm van cyclische psychose.

XII

In verouderde gevallen van lues verdient het aanbeveling bij eventueele behandeling met neosalvarsan gebruik te maken van oplossingen van dit medicament in geconcentreerde glucose-solutie.

XIII

Bij huidaandoeningen met niet uitsluitend infectieuze aetiologie, zooals bij voorbeeld eczemen en psoriasis, is behandeling met Röntgenstralen af te raden.

XIV

De infarcten in de milt bij typhuslijders worden veroorzaakt door endophlebitis proliferans.

XV

Vibrio cholerae en vibrio El-Tor zijn als twee verschillende soorten te beschouwen.